

グループ共済脱退通知書

所属所名

担当者氏名

㊞

下記の者が、 月分給料より控除いたしませんので通知いたします。

※脱退項目に掛金額をご記入ください。

被保険者 番号	脱退者氏名	グループ共済			グループ共済プラス		団体傷害保険			医療プラン		入院保障制度			重病克服制度		療養給付 制度 (本人)	合計保険料	脱退事由 (○を記入)		
		(本人)	(配偶者)	(子供)	(本人)	(配偶者)	(本人)	(配偶者)	(子供)	(本人)	(配偶者)	(本人)	(配偶者)	(子供)	(本人)	(配偶者)					
																				退職・その他	
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他
																					退職・その他

注1. 脱退者氏名ごとにご記入ください。

注2. 本人がグループ共済を脱退する場合は、加入者全員が脱退となります。本人が、医療プラン・重病克服制度・入院保障制度のみの場合も、その制度加入者は脱退となります。

注3. 脱退者がいる場合は、必ず脱退月（給与控除をしない月）の15日までにご提出ください。

注4. 脱退事由が「退職」の場合は、退職後継続の意思確認のため「退職後継続意思確認書」を必ず添付ください。
(加入の意思がある場合は、移行手続きの書類をご本人宛お送りいたします。)